

فرم ارسال نمونه جهت تست‌های مولکولی

مشخصات مرکز/پزشک ارسال کننده							
فرستنده:		کد:	تلفن:		استان:		
شهر:		شماره پرونده:		تاریخ:			
پزشک/آزمایشگاه درخواست کننده (نظام پزشکی):							
اسم کامل آزمایش درخواستی (امضاء و مهر پزشک درخواست کننده):							
مشخصات نمونه							
نام و نام خانوادگی:		جنسیت:		گروه خونی:			
تاریخ تولد:		محل تولد:		سن بارداری بر حسب سونوگرافی: ..... هفته و ..... روز			
نسبت فامیلی والدین:		تاریخ نمونه گیری:					
نسبت فامیلی زوجین:		تاریخ ازدواج:					
(در صورت درخواست آزمایش تالاسمی علاوه بر ارسال جواب CBC-Diff، ارسال جواب Hemoglobin-electrophoresis الزامیست.)							
WBC:	RBC:	HB:	MCH:	MCHC:	MCV:	Platelets:	Ferittin:
(در صورت درخواست آزمایش BCR-ABL علاوه بر ارسال جواب CBC-Diff، مشخص کردن جواب آن به صورت <input type="checkbox"/> کمی یا <input type="checkbox"/> کیفی الزامیست.)							
(در مورد QF-PCR روی مایع آمنیوتیک، ارسال نمونه خون مادر الزامیست)							
علت مراجعه و شرح حال مختصر:							
لطفا در صورت انجام آزمایش ژنتیکی در شخص یا افراد مبتلا (مرتبط) آن را ضمیمه کنید. در صورتی که قبلا در این مرکز آزمایش انجام داده اند شماره پرونده آن را بنویسید:							

لطفا شجره خانواده رسم شود. (الزامی است): فردی که نمونه آن ارسال شده را با فلش مشخص کنید. افراد مبتلای زن را با ● و مرد را با ■ مشخص کنید.